

INDUSTRI PELAYANAN KESEHATAN

CIRI/KARAKTERISTIK PELAYANAN KESEHATAN

Sektor Kesehatan/industri pelayanan kesehatan mempunyai beberapa karakteristik dibandingkan dengan sektor lainnya. Oleh sebab itu penerapan ilmu ekonomi di sektor kesehatan harus disesuaikan dengan karakteristik yang dimiliki sektor kesehatan.

Beberapa ciri/karakteristik sektor kesehatan :

1. **Consumer's ignorance (ketidaktahuan konsumen)**
Konsumen pelayanan kesehatan tidak tahu apa yang harus dikonsumsi, jenis, berapa banyak barang/jasa yang harus dikonsumsi untuk mengatasi masalah kesehatannya. Sehingga konsumen sangat tergantung pada provider pelayanan kesehatan. Ciri ini sangat jelas pada pelayanan kuratif. Pasien datang ke dokter dalam kondisi tidak tahu apa penyakitnya dan bagaimana mengatasinya.
2. **Supplier induced demand**
Provider pelayanan kesehatan bersifat dominan dalam memenuhi kebutuhan konsumen. Provider menyarankan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang harus dikonsumsi. Misalkan : jenis obat, berapa dosis yang harus diminum, dll.
3. **Kejadian penyakit/masalah kesehatan tidak terduga**
Konsumen tidak bisa menduga kejadian penyakit/masalah kesehatan. Dan mereka mengonsumsi pelayanan kesehatan karena terpaksa untuk mengatasi penyakitnya/masalah kesehatan. Oleh karena itu harus ada perencanaan dari segi biaya untuk mengatasi masalah tersebut, misalnya melalui asuransi kesehatan.
4. **Kesehatan bersifat konsumtif dan investasi**
Memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah kegiatan konsumsi karena mengeluarkan sumber daya (tenaga, uang dan waktu) untuk mendapatkannya. Tetapi mengonsumsi pelayanan kesehatan promotif dan preventif pada hakekatnya adalah investasi SDM di masa mendatang.
5. **Eksternalitas**
Yaitu dampak positif/negatif yang diakibatkan oleh perbuatan orang lain. Misal : pemberian imunisasi bagi seseorang untuk mencegah penyakit menular akan memberikan manfaat bagi masyarakat sekitarnya., tetapi polusi memberikan dampak negatif bagi masyarakat sekitar. Pemerintah perlu menjamin program-program yang mempunyai eksternalitas tinggi, dimana manfaat sosialnya lebih tinggi dibanding manfaat individunya.
6. **Non competitive**
Dalam kesehatan kompetisi dalam iklan secara iklan dianggap tidak patut. Akibatnya konsumen yang 'ignorance' tidak memperoleh informasi tentang beda kualitas pelayanan dan beda tarif (harga) dari berbagai alternatif pelayanan kesehatan.
7. **Non Profit motive**
Idealnya mencari untung/laba bukan merupakan tujuan utama bagi pelayanan kesehatan (seperti RS swasta), namun fungsi sosial yang harus diutamakan. Dalam prakteknya, memaksimalkan laba yang biasanya harus mengendalikan tarif dan

jumlah produksi sulit dilakukan oleh pelayanan kesehatan. Kunjungan pasien (cerminan morbiditas) sulit diprediksi dan dikendalikan sementara tarif tidak bisa leluasa dinaikkan.

8. Bersifat padat karya dan ada kesulitan untuk memasukinya
Sangat banyak profesi kesehatan yang terlibat dalam industri pelayanan kesehatan, banyak profesi spesialis yang tidak bisa digantikan fungsinya misalnya : dokter, perawat, bidan, dll. Pola tenaga yang padat karya dan terspesialisasi, membuat pelayanan kesehatan menjadi kompleks dan rumit mengelolanya.

PERAN SWASTA DAN PEMERINTAH DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Definisi Swasta

Semua organisasi dan individu yang dalam melaksanakan kegiatannya tidak langsung dikendalikan oleh pemerintah. Ini termasuk perusahaan swasta dan individu yang mencari untung (*for profit*) serta organisasi swasta yang tidak mencari untung (*not for profit*)(WHO, Mexico,1991).

Jenis Swasta

- a. For profit
- b. Not for profit → dengan subsidi dan tanpa subsidi
- c. Dengan izin resmi atau tanpa izin
- d. Jenis kegiatan : preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif

Matriks Peran Swasta dan Pemerintah

Biaya Pelaksana	Pemerintah	Swasta
	Pemerintah	Swasta
Pemerintah	<ul style="list-style-type: none"> - RS - Puskesmas - Pustu - Program Kesmas 	Pelayanan dikontrakkan ke swasta Mis : cleaning service, pemeliharaan alat
Swasta	<ul style="list-style-type: none"> - Paviliun swasta di RS Pemerintah - Yankes dari askes swasta ke yankes pemerintah - Fee for service masy. Ke yankes pemerintah 	<ul style="list-style-type: none"> - pasien/perusahaan swasta ke yankes swasta - Praktek swasta - Askes swasta ke yankes swasta

Keterlibatan Swasta

Jeffers, 1990 ada 17 kriteria swasta, namun 7 yang utama adalah :

1. Pemerataan (equity)
2. Efisiensi operasional
3. Efisiensi alokatif
4. Acceptability oleh konsumen
5. Acceptability oleh penyelenggara pelayanan kesehatan
6. Kelayakan administrasi
7. Acceptability secara politik

Dari ke-7 kriteria diatas, menunjukkan 7 peranan utama swasta :

1. Mengontrakkan kegiatan tertentu kepada swasta
2. Mendorong perkembangan JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat)
3. Menyesuaikan tarif untuk meningkatkan pendapatan
4. Membayar swasta sesuai dengan mutu pelayanan di fasilitas pemerintah
5. Otonomi RS Pemerintah (: RS Unit Swadana)
6. Menegmbangkan asuransi kesehatan nasional
7. Swasta ikut menanggung biaya pendidikan tenaga

Swastanisasi/Privatisasi

Adalah strategi atau kebijakan pemerintah untuk mengalihkan pelaksanaan upaya dan pelayanan kesehatan serta pembiayaannya dari pemerintah kepada swasta.

- Total
- Selektif atau Terbatas

Asumsi dan Ekspektasi

1. *Mobilisasi Sumber Daya*

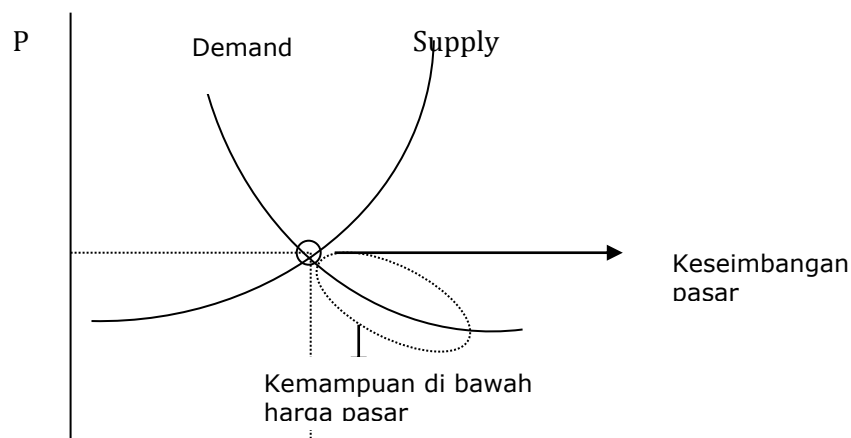
- ♦ Fakta : dana yang bersumber dari masyarakat dan swasta, jumlahnya cukup besar 35-65%. Dana yang besar ini diharapkan akan bisa membantu memikul tanggung jawab sosial secara langsung.
- ♦ Kesuksesan sektor swasta dalam membantu memobilisasi dana tergantung pada kondisi :
 - a. Jumlah tenaga kesehatan
Dengan berkembangnya swasta, tenaga transpil yang jumlahnya terbatas di sektor pemerintah akan berkurang. (*brain drain*)
 - b. Intervensi pemerintah
Tidak adanya intersevensi menyebabkan terjadinya kenaikan total biaya kesehatan, akan tetapi volume pelayanan masih tetap atau bahkan berkurang

2. *Kompetisi dan Efisiensi*

- ♦ Kenyataan : tidak selalu terjadi
 - a. Mekanisme harga di pasar memerlukan informasi biaya produksi secara tepat dan cepat. Di negara maju, kebanyakan informasi ini sudah tersedia, tetapi di sebagian negara berkembang, informasi ini masih sangat terbatas.
 - b. Persyaratan tersedianya supplier dalam jumlah banyak dan dapat masuk dan keluar dengan mudah. Dalam kenyataannya, sulit untuk masuk dan keluar dari sistem di sektor kesehatan. Sehingga yang terjadi bukan *free competition* tapi oligopoli, bahkan monopoli di daerah tertentu.
 - c. *Consumer choice*. Kondisi pasar sempurna memungkinkan konsumen untuk memilih yang terbaik dari banyaknya layanan kesehatan, sekaligus untuk mengetahui kualitas barang yang dibelinya. Untuk itu konsumen harus mengetahui variasi harga dan kualitas barang yang tersedia di pasar. Tetapi karena salah satu ciri sektor kesehatan adalah *consumer ignorance*, maka permintaan yang terjadi adalah permintaan yang diwakilkan oleh provider, sehingga terjadi mekanisme pasar tidak sempurna.

3. *Keseimbangan Pasar*

- ♦ *Asumsi* : Pasar terbentuk bila ada interaksi dinamis antara demand dan supply sehingga membentuk *pareto optimum* (dimana keuntungan yang diperoleh pihak tertentu adalah kerugian pihak lain sehingga terjadi pergeseran pasar dari titik keseimbangan)
- ♦ Namun, pemerataan sulit terjadi bila peranan swasta dominan



4. *Kualitas*

- ♦ Fakta : kualitas sektor pemerintah sangat rendah. KELuhan terdapat dalam layanan kesehatan, layanan penunjang medis, layanan administrasi, layanan transportasi, dan layanan lainnya.
- ♦ Harapan : peningkatan kualitas pelayanan kesehatan
- ♦ Swasta menonjol (swastanisasi) → kualitas pelayanan meningkat
- ♦ Kualitas *lege artis* (dari segi medis), harus dipenuhi tidak kurang dan tidak lebih (adekuat)
- ♦ Kualitas non medis → meningkatkan pelayanan kesehatan
- ♦ Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas :
 - a. Kualitas dari aspek medis harus adekuat (tidak lebih dan tidak kurang)
Sementara peran swasta *for profit* ada kecenderungan untuk memberi layanan berlebihan (untuk pembayaran *fee for service*) atau kurang untuk *kapitasi*.
 - b. Kualitas dari aspek non medis (*convenience dan amenities*)
Meliputi : waktu tunggu, administrasi, kebersihan, keramahan, kenyamanan. Swasta lebih mudah menyesuaikan kualitas pelayanan.
 - c. Kualitas dari Aspek *Aksesibilitas*
For profit : target pada pangsa pasar dengan kemampuan tinggi
Not for profit : untuk sosial/ekonomi rendah/miskin

Motivasi dan Perilaku Swasta

1. *Swasta Not For Profit*

- ♦ Tujuan : *social benefit maximum*
- ♦ Jenis : subsidi (organisasi internasional/domestik) dan tanpa subsidi
- ♦ Sumber subsidi : Badan/organisasi internasional dan sumber dana domestik (jumlah sedikit)
- ♦ Subsidi mencakup :
 - ❑ Seluruh/sebagian komponen biaya (investasi, operasional, dan pemeliharaan)
 - ❑ Subsidi terbatas hanya pada investasi
- ♦ Peran pemerintah, adalah membantu dengan memberi subsidi, keringanan perijinan, bimbingan, pembangunan infrastruktur fisik
- ♦ Ciri-ciri :
 - ❑ Tarif biasanya di bawah biaya satuan
 - ❑ Tarif diatas biaya satuan digunakan untuk subsidi silang
 - ❑ Sasaran pelayanan kesehatan adalah pemukiman kumuh dan daerah tertinggal

2. *Swasta For Profit*

- ♦ Tujuan : maksimum *return on investment*, sehingga selalu memperhatikan jumlah, jenis dan lokasi layanan kesehatan.
- ♦ Sasaran : ekonomi menengah keatas, di kota dan selalu menginginkan kualitas pelayanan yang tinggi.
- ♦ Bersistem eksklusif dalam SDM, peralatan medis, dan pendukung serta tarif
- ♦ *Supply induced Demand* yaitu biaya investasi dan operasional beraal dari uang pinjaman bank, sehingga terdorong untuk melakukan *un-necessary procedure*
- ♦ Praktek *Tying* (pemberian/penjualan suatu barang/jasa kepada konsumen yang menyebabkan konsumen terpaksa membelinya). Contoh : Di AS, satu diantara empat laboratorium adalah milik dokter, sehingga pasien cenderung patuh pada apa yang disarankan oleh dokternya.
- ♦ Tarif > unit cost sehingga berorientasi laba (profit), yang tidak hanya untuk meningkatkan pelayanan atau subsidi silang

Prospek Peranan Swasta

1. Pangsa Pasar

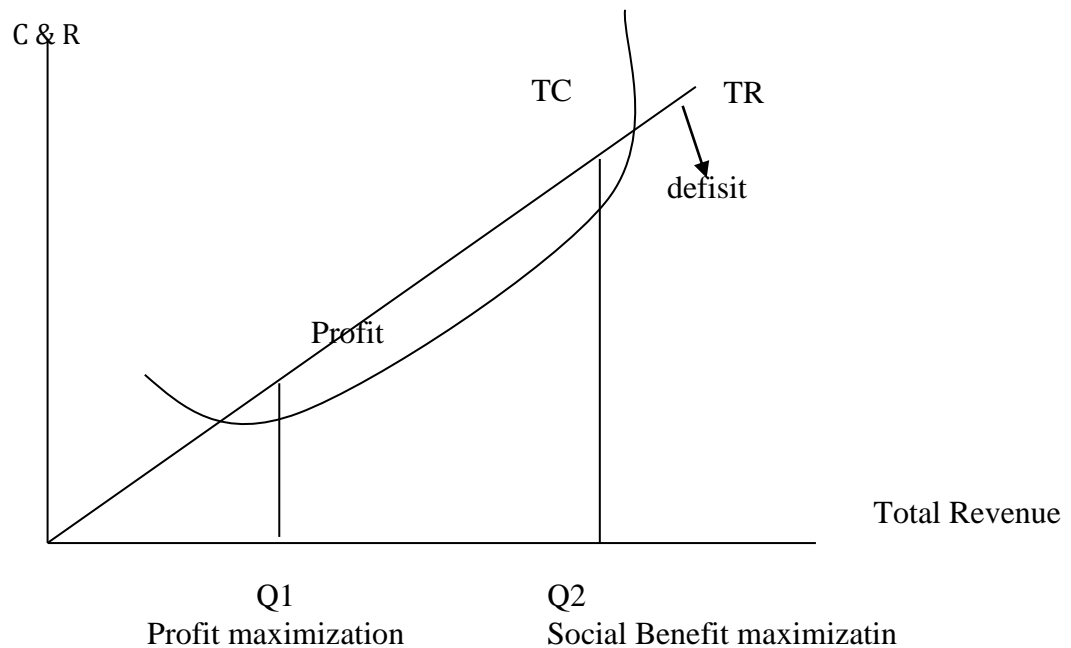
Pada swasta for profit sangat tergantung pada *out of pocket payment*

Ada keterbatasan pasar :

- ❑ 15% (27 juta) penduduk Indonesia masih hidup di bawah garis kemiskinan
- ❑ 75% (135 juta) tinggal di pedesaan.
- ❑ Asumsi : 40-50 juta yang mampu membayar layanan PHC di swasta, tapi masih terbatas dalam penyediaan layanan sekunder dan tersier.
- ❑ Dapat juga dilihat dari jumlah penduduk yang bekerja di sektor formal. Diestimasi 8 juta bekerja di sektor formal, dimana termasuk 4 juta pegawai negeri, 4 juta (12 dengan keluarga).

2. Motivasi : Profit atau Not For Profit

- ❑ Terbatasnya dana pemerintah dan swasta non profit (organisasi domestik maupun internasional) menyebabkan motif swasta for profit menjadi semakin kuat.
- ❑ *Profit* : penetapan tarif diatas biaya satuan sehingga sisa keuntungan dapat dipakai baik untuk keperluan perluasan layanan maupun untuk investasi lain di luar sektor kesehatan.
- ❑ *Pure profit* merupakan *profit maximization*



3. *Kendala Tenaga Medis*
 - ❑ Terbatasnya ketersediaan dan produksi tenaga medis., sehingga dokter pemerintah bekerja pada sektor swasta pada jam kerja resmi pemerintah.
4. *Two Tiers Health System*
Terdapat 2 jalur layanan kesehatan yang terpisah :
 - ♦ Swasta for profit yang memberikan layanan yang eksklusif → *skimming the cream* (mengambil 'lemak' / hanya pada masyarakat sosial ekonomi yang mampu)
 - ♦ Pemerintah → masyarakat yang tidak mampu
 Bila ini terjadi, maka motif sektor swasta untuk membantu pemerintah dalam meringankan biaya kesehatan akan sulit tercapai.

Peran Pemerintah

1. Swasta yang bagaimana ?
Tidak dapat dihindari peranan sektor swasta akan bertambah besar, karena :
 - a. Meningkatnya sosial ekonomi penduduk
 - b. Jumlah penduduk yang dilayani bertambah
 - c. Awareness akan kualitas layanan yang baik

Peran swasta yang bagaimana yang cocok dengan norma, tujuan pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan ?

- a. Pasar Bebas (*free competition* dan *consumer choice* tidak berfungsi dalam mekanisme pasar, sehingga terjadi *hidden monopoly*)
- b. *Re-regulasi* (menjaga agar tujuan nasional, nilai dan norma pembangunan kesehatan tidak dilanggar oleh pelaku-pelaku pembangunan kesehatan)
- c. Deregulasi (penyederhanaan sistem untuk memudahkan sektor swasta masuk ke dalam industri pelayanan kesehatan melalui : mengurangi jalur perijinan, birokrasi, administrasi dan peraturan pemerintah)

Kriteria pokok sistem layanan kesehatan yang diinginkan adalah : pemerataan, efisiensi, kualitas, akseptabilitas masyarakat dan politis.

Yang belum banyak dibahas :

- a. Pengaturan tentang bentuk peran swasta
- b. Pengaturan agar subsidi pemerintah tidak ditujukan untuk sektor swasta for profit. Bentuk subsidi tersamar dapat terjadi dalam penempatan tenaga pemerintah di sektor swasta
- c. Kewajiban seluruh RS menjalankan *Quality Assurance*, sehingga kualitas dan efisiensi menjadi tolok ukur yang penting
- d. Peraturan *Certificate of Needs* untuk alat-alat canggih dan mahal. Menurut PPEKI, alat canggih pemanfaatannya hanya diperbolehkan sebanyak 35%.
- e. Pengaturan dalam praktek *tying*

2. Pengaturan Peran Swasta dalam UU Kesehatan
 Karena peran swasta akan besar di masa datang, maka kedudukannya perlu diperkuat dengan UU
3. Pengawasan dan Pengendalian
 Adanya pergeseran peran pemerintah ke swasta, seharusnya peran pemerintah berubah menjadi *wasit*, bukan sebagai pemain. Sehingga kemampuan untuk mengawasi dan mengendalikan pembangunan kesehatan tetap dapat dipertahankan.
4. Sistem Pembiayaan
 Walaupun sebagian besar pembiayaan kesehatan dibiayai oleh masyarakat tetapi posisi masyarakat sangat lemah dan tidak terorganisir dalam satu himpunan kekuatan. Dengan berkembangnya asuransi, diharapkan provider dapat mengikuti standar pelayanan. Peran pemerintah : mengawasi dan menegur adanya *inefisiensi*, *inequity* dan pelayanan yang tidak berkualitas.

Penjabaran :

1. Merumuskan dan mengatur bentuk-bentuk peran swasta dan pemerintah ('skema *Jeffers*')
2. Subsidi bukan untuk swasta for profit. Untuk swasta → institusional fee/overhead fee
3. Semua RS diharapkan menerapkan QA (Quality Assurance)
4. Pengadaan alat canggih membutuhkan *certificate of need*
5. Praktek 'tying' dikurangi
6. Pajak bagi swasta for profit, digunakan untuk 'cross subsidy' (untuk swasta for not profit). Dibutuhkan *need assesment* untuk for profit atau for not profit
7. Pengaturan peran swasta dalam UU kesehatan
8. Pengawasan dan pengendalian (wasdal) peran swasta
9. Pengembangan JPKM sebagai 'bargaining position' bagi konsumen
 JPKM merupakan *build in control* untuk mencegah in-efisiensi, in-equity dan kualitas pelayanan yang rendah.